

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เรื่องแนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานพ.ศ. ๒๕๖๑

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพานทอง

ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี

วัน/เดือน/ปี : ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

หัวข้อ : ข้อ MOIT ๒ คู่มือการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักและภารกิจสนับสนุนของหน่วยงาน และคู่มือขั้นตอนการให้บริการ

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

๑. คู่มือสำหรับประชาชน (การรับรองมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ)

๒. คู่มือขออนุญาตขยาย

Link ภายนอก : <http://pantong.cbo.moph.go.th>

ช่วงเวลาในการเผยแพร่ : ☒ ระยะเวลา ตั้งแต่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล



(นางสาวบังอร เตมาชิก)

ตำแหน่ง นวค.สาธารณสุขปฏิบัติการ

วันที่ ๒๒ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕

ผู้อนุมัติรับรอง



(นายวิโรจน์ มุมานะจิตต์)

ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอพานทอง

วันที่ ๒๒ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่



(นางสาวบังอร เตมาชิก)

ตำแหน่ง นวค.สาธารณสุขปฏิบัติการ

วันที่ ๒๒ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕

คู่มือสำหรับประชาชน

(การรับรองมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ)

งานคุ้มครองผู้บริโภค

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี

โทร. ๐๓๘-๔๕๑๗๑๓

คู่มือสำหรับประชาชน : การรับรองมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพานทอง

กระทรวง : กระทรวงสาธารณสุข

๑. ชื่อกระบวนการ : การรับรองมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

๒. หน่วยงานเจ้าของกระบวนการ : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพานทอง

๓. ประเภทของงานบริการ : กระบวนการที่ต่อเนื่องจากหน่วยงานอื่น

๔. หมวดยุทธศาสตร์ของงานบริการ : ออกใบรับรอง

๕. กฎหมายที่ให้อำนาจการอนุญาต หรือที่เกี่ยวข้อง : พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดมาตรฐานของสถานที่ การบริการ ผู้ให้บริการหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบเพื่อ
การรับรองให้เป็นไปตามมาตรฐานสำหรับสถานบริการ ประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๑

๖. ระดับผลกระทบ : บริหารทั่วไป

๗. พื้นที่ให้บริการ : ส่วนภูมิภาค

๘. ระยะเวลาที่กำหนดตามกฎหมาย/ข้อกำหนด ฯลฯ : ๑๓๐ วันทำการ

๙. ข้อมูลสถิติ : จำนวนเฉลี่ยต่อเดือน ๐

จำนวนคำขอที่มากที่สุด ๐

จำนวนคำขอที่น้อยที่สุด ๐

๑๐. ชื่ออ้างอิงของคู่มือประชาชน : การรับรองมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

๑๑. ช่องทางการให้บริการ

๑๑.๑ สถานที่ให้บริการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ของแต่ละอำเภอที่สถานที่สถานประกอบการนั้นตั้งอยู่
ติดต่อด้วยตนเอง ณ หน่วยงาน ระยะเวลาเปิดให้บริการ เปิดให้บริการ วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ (ยกเว้น
วันหยุดที่ทางราชการกำหนด) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. (มีพักเที่ยง)

๑๒. หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

๑. การนับระยะเวลาดำเนินการรวม ๙ วันทำการ ให้นับจากวันที่หน่วยงานประทับตราลงรับเอกสารการขอใบรับรอง
มาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ โดยเอกสารหลักฐานต้องครบถ้วนถูกต้อง หากมีการแก้ไขเอกสารต้องนับวันหลังจาก
หน่วยงานได้รับเอกสารแก้ไขครบถ้วนแล้ว ทั้งนี้ยกเว้นกรณีที่เกิดภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินต่างๆ ไม่ว่าจะเกิดจากภัย
ธรรมชาติ อุบัติเหตุ หรือการมุ่งร้ายต่อองค์กร เช่น อุทกภัย อัคคีภัย การก่อการประทุ้วง การก่อการจลาจล การก่อวินาศกรรม
 เป็นต้น

๒. ในกรณีที่คำขอหรือเอกสารไม่ครบถ้วน และ/หรือ มีความบกพร่องไม่สมบูรณ์เป็นต้นเหตุให้ไม่สามารถพิจารณาได้
เจ้าหน้าที่จะจัดทำบันทึกความบกพร่องของรายการเอกสารหรือหลักฐานที่ต้องยื่นเพิ่มเติม โดยผู้รับบริการจะต้องดำเนินการ
แก้ไข หรือยื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในระยะเวลาที่กำหนดในบันทึก มิเช่นนั้นจะถือว่าผู้รับบริการละทิ้งคำขอ

*หมายเหตุ

๑. ขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือจะเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่เจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารครบถ้วนตามที่ระบุไว้ในคู่มือประชาชนเรียบร้อยแล้ว
๒. ไม่นับระยะเวลาการให้บริการ กรณีต่อไปนี้
 - คณะกรรมการ/คณะกรรมการมีการเลื่อนการประชุม
 - สถานประกอบการต้องปรับปรุงแก้ไขสถานที่ให้เป็นไปตามมาตรฐาน (โดยจะนับระยะเวลาต่อ เมื่อสถานประกอบการปรับปรุงแก้ไขสถานที่เรียบร้อยแล้ว)
 - เจ้าหน้าที่ติดราชการ
 - ผู้มีอำนาจลงนามติดราชการ
๓. กรณีมีการมอบอำนาจผู้รับมอบอำนาจสามารถลงนามแทนผู้มอบอำนาจในบันทึกให้แก้ไขของหน่วยงานได้(บันทึกสองฝ่าย)
๔. กรณีคุณสมบัติ คำขอและเอกสารครบถ้วนถูกต้อง เจ้าหน้าที่ลงทะเบียนรับคำร้อง และมอบใบตอบรับให้แก่ผู้ประกอบการ กรณีคุณสมบัติ คำขอและเอกสารไม่ครบถ้วนไม่ถูกต้อง เจ้าหน้าที่ชี้แจงและแจ้งผู้ประกอบการ พร้อมคืนเอกสารเพื่อแก้ไขเพิ่มเติมและนำมายื่นใหม่ภายหลัง
๕. ระยะเวลาให้บริการเป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข

๑๓. ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑.)	การตรวจสอบเอกสาร	๑. ผู้ประกอบการยื่นแบบคำร้องขอใบรับรองมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ๒. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเอกสาร	๑-๒ วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพานทอง	-
๒.)	การตรวจสถานที่	๑. คณะอนุกรรมการด้านมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพจังหวัดชลบุรี ทำการตรวจประเมินมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และส่งเรื่องให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี	๑ วันทำการ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพานทอง	ในกรณีสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ไม่เข้าเกณฑ์ หรือไม่ผ่านเกณฑ์ คณะอนุกรรมการด้านมาตรฐานฯ ให้คำแนะนำเพื่อให้สถานประกอบการดังกล่าวปรับปรุงแก้ไข และหากแก้ไขเรียบร้อยแล้ว คณะอนุกรรมการด้านมาตรฐานฯ ตรวจสอบรายละเอียดการแก้ไขรูปภาพ/หลักฐานที่ผู้ประกอบการส่งมา/ลงพื้นที่ตรวจประเมิน ครั้งที่ ๒ จากนั้นสรุปผลการตรวจจัดทำรายงานเตรียมเสนอ สสจ. ชลบุรีต่อไป

ที่	ประเภทขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลาให้บริการ	ส่วนงาน / หน่วยงานที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๓.)	การพิจารณา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ตรวจสอบเอกสารและนำเสนอต่อ คณะกรรมการตรวจและประเมิน มาตรฐานสถานประกอบการประจำ จังหวัดชลบุรี	๒ วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดชลบุรี	-
๔.)	การจัดทำใบรับรอง และเครื่องหมาย สัญลักษณ์	เลขานุการคณะกรรมการจัดทำ ใบรับรองและเครื่องหมายสัญลักษณ์ “มาตรฐาน สบส”	๑ วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดชลบุรี	-
๕.)	การลงนาม	ผู้มีอำนาจลงนามในใบรับรอง มาตรฐานสถานประกอบการเพื่อ สุขภาพ (ลงนามโดยผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี)	๑ วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดชลบุรี	-
๖.)	การส่งมอบ	เลขานุการคณะกรรมการฯแจ้งผลการ พิจารณาให้ผู้ประกอบการทราบ และ ส่งมอบใบรับรองและเครื่องหมาย สัญลักษณ์ “มาตรฐาน สบส” ให้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	๑ วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดชลบุรี	-
๗.)	การส่งมอบ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนัดวันส่ง มอบใบรับรองและเครื่องหมาย สัญลักษณ์ “มาตรฐาน สบส” ให้กับ ผู้ประกอบการ	๑ วันทำการ	สำนักงาน สาธารณสุข อำเภอพานทอง	-

ระยะเวลาดำเนินการรวม ๑๑ วันทำการ

๑๔.งานบริการนี้ ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน และระยะเวลาปฏิบัติราชการมาแล้ว

- ยังไม่ผ่านการดำเนินการลดขั้นตอน

๑๕. รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

๑๕.๑) เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัวประชาชน	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
๒)	ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

๑๕.๒) เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑)	แบบคำร้องขอใบรับรองมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวย (ยื่นใหม่) สสร-๑ หรือ (ต่ออายุ) สสร-๒	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	๑	๐	ฉบับ	-
๒)	แบบแปลน หรือแผนผังการให้บริการในสถานประกอบการ	-	๐	๑	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
๓)	แผนที่แสดงบริเวณที่ตั้งสถานประกอบการ	-	๑	๐	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
๔)	หนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัทนิติบุคคล พร้อมบัญชีผู้ถือหุ้น วัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลผู้ร้องขอ (กรณียื่นในนามนิติบุคคล)	สำนักงานปลัดกระทรวงพาณิชย์	๐	๑	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
๕)	หนังสือยินยอมของเจ้าของอาคารหรือสถานที่ตั้งสถานประกอบการ (ในกรณีที่ผู้ร้องขอใบรับรองมาตรฐานไม่ใช่เจ้าของ)	-	๐	๑	ฉบับ	(ผู้ประกอบการลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
	อาคารหรือสถานที่ตั้ง สถานประกอบการ) หรือ - สำเนาสัญญาเช่า - สำเนาบัตรประชาชน/ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ให้ เช่า - สำเนาทะเบียน บ้านที่ตั้งสถาน ประกอบการ					
๖)	ใบรับรองความรู้ ความสามารถของ ผู้ดำเนินการและใบวุฒิ ด้านการวัดของผู้ บริการทุกคน	สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	๐	๑	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
๗)	สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้ประกอบการ ผู้ดำเนินการสปาและผู้ ให้บริการ	กรมการปกครอง	๐	๑	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
๘)	แบบแจ้งความจำนงค์เป็น ผู้ดำเนินการสปา ณ สถานประกอบการนั้น (กรณีขอใบรับรอง มาตรฐานสถาน ประกอบการสปาเพื่อ สุขภาพ)	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ	๑	๐	ฉบับ	-
๙)	ใบรับรองแพทย์ของ ผู้ประกอบการ ผู้ดำเนินการสปา ผู้ให้บริการทุกคน	-	๑	๐	ฉบับ	-
๑๐)	ใบอนุญาตการใช้อาคาร ซึ่งออกโดยโยธาธิการ เขต (ถ้ามี)	-	๐	๑	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
๑๑)	ภาพถ่ายสถาน ประกอบการ โดยมี	-	๑	๐	ฉบับ	(รายละเอียดต่างๆ ข้อละ ๑ ภาพ พร้อมไฟล์ภาพถ่ายเพื่อ

ที่	รายการเอกสารยื่น เพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
	รายละเอียดดังนี้ ๑.อาคารภายนอกและที่ มองเห็นป้ายชื่อสถาน ประกอบการ ๒.ทางเข้าและบริเวณ ต้อนรับ ๓.ห้องผลิตเปลี่ยน เสื้อผ้า ชาย-หญิง / ตู้เก็บเสื้อผ้าหรือ ทรัพย์สินของมีค่า ๔.ห้องบริการทุกห้อง ตามรายการบริการ (แสดงรายละเอียดของ อุปกรณ์บริการภายใน) ๕.ห้องน้ำ-ห้องส้วม แยกส่วนชายหญิง ๖.อ่างล้างมือ ๗.ห้องหรือบริเวณ เตรียมผลิตภัณฑ์สำหรับ ให้บริการ ๘.ห้องอบไอน้ำ อบ ความร้อน อ่างน้ำวน บ่อน้ำร้อน บ่อน้ำเย็น ๙.ห้องเก็บวัสดุอุปกรณ์ ๑๐.บริเวณซักล้าง ๑๑.บริเวณกำจัดขยะ และน้ำเสีย ๑๒.ห้องพักพนักงาน ๑๓.อุปกรณ์ปฐม พยาบาล/ถังดับเพลิง ๑๔.พนักงานผู้ให้บริการ ใส่เครื่องแบบปฏิบัติงาน ติดป้ายชื่อ					ประกอบการนำเสนอ คณะกรรมการฯ)

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
๑๒)	ใบอนุญาตประกอบ กิจการที่เป็นอันตรายต่อ สุขภาพตาม พระราชบัญญัติการ สาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕	องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่น	๐	๑	ฉบับ	(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง)
๑๓)	กรณีที่ดิน ประกอบการเพื่อ สุขภาพหรือเพื่อเสริม สวยที่ขอต่ออายุ ใบรับรองมาตรฐานฯ ไม่ต้องยื่นเอกสารใหม่ ยกเว้นมีการ เปลี่ยนแปลงจากเดิม ให้ ยื่นเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ ๑. การเพิ่มพื้นที่ ให้บริการ ๒. การเพิ่มรายการ ให้บริการ ๓. สัญญาเช่า (กรณี สัญญาเช่าเดิมหมดอายุ) ๔. กรณีเปลี่ยน ผู้ดำเนินการสปาให้แนบ ใบรับรองความรู้ ความสามารถ ผู้ดำเนินการสปา, บัตร ประชาชน, ทะเบียนบ้าน, แบบแสดงความจำนอง เป็นผู้ดำเนินการสปา ๕. กรณีเปลี่ยนหรือเพิ่ม พนักงานให้บริการให้ แนบใบวุฒิ, บัตร ประชาชน, ทะเบียนบ้าน	-	๑	๐	ฉบับ	(- ผู้ประกอบการเซ็นรับรอง สำเนาถูกต้อง ยกเว้นแบบแสดงความจำนอง เป็นผู้ดำเนินการสปา -กรณีมีการเปลี่ยนแปลงจาก เดิม ให้ยื่นเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ ๑. การเพิ่มพื้นที่ให้บริการ ฉบับจริง ๑ ฉบับ ๒. การเพิ่มรายการให้บริการ ฉบับจริง ๑ ฉบับ ๓. สัญญาเช่า (กรณีสัญญา เช่าเดิมหมดอายุ) สำเนา ๑ ฉบับ ๔. กรณีเปลี่ยนผู้ดำเนินการส ปาให้แนบใบรับรองความรู้ ความสามารถผู้ดำเนินการ สปา, บัตรประชาชน, ทะเบียน บ้าน, แบบแสดงความจำนอง เป็นผู้ดำเนินการสปา สำเนา ๑ ชุด ๕. กรณีเปลี่ยนหรือเพิ่ม พนักงานให้บริการให้แนบใบ วุฒิ, บัตรประชาชน, ทะเบียน บ้าน สำเนา ๑ ชุด ๖. รูปถ่ายสถานประกอบการ ที่เปลี่ยนแปลง ฉบับจริง ๑

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐ ผู้ออกเอกสาร	จำนวน เอกสาร ฉบับจริง	จำนวน เอกสาร สำเนา	หน่วย นับ เอกสาร	หมายเหตุ
	๖. รูปถ่ายสถานประกอบการที่เปลี่ยนแปลง					ฉบับ ๗. อื่นๆ กรณีมีการมอบอำนาจผู้รับมอบอำนาจต้องแสดงเอกสารหลักฐานการมอบอำนาจที่ถูกต้องตามกฎหมายฉบับจริง ๑ ฉบับ)

๑๕. ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม ค่าธรรมเนียม ๐ บาท

๑๖. ช่องทางการร้องเรียน

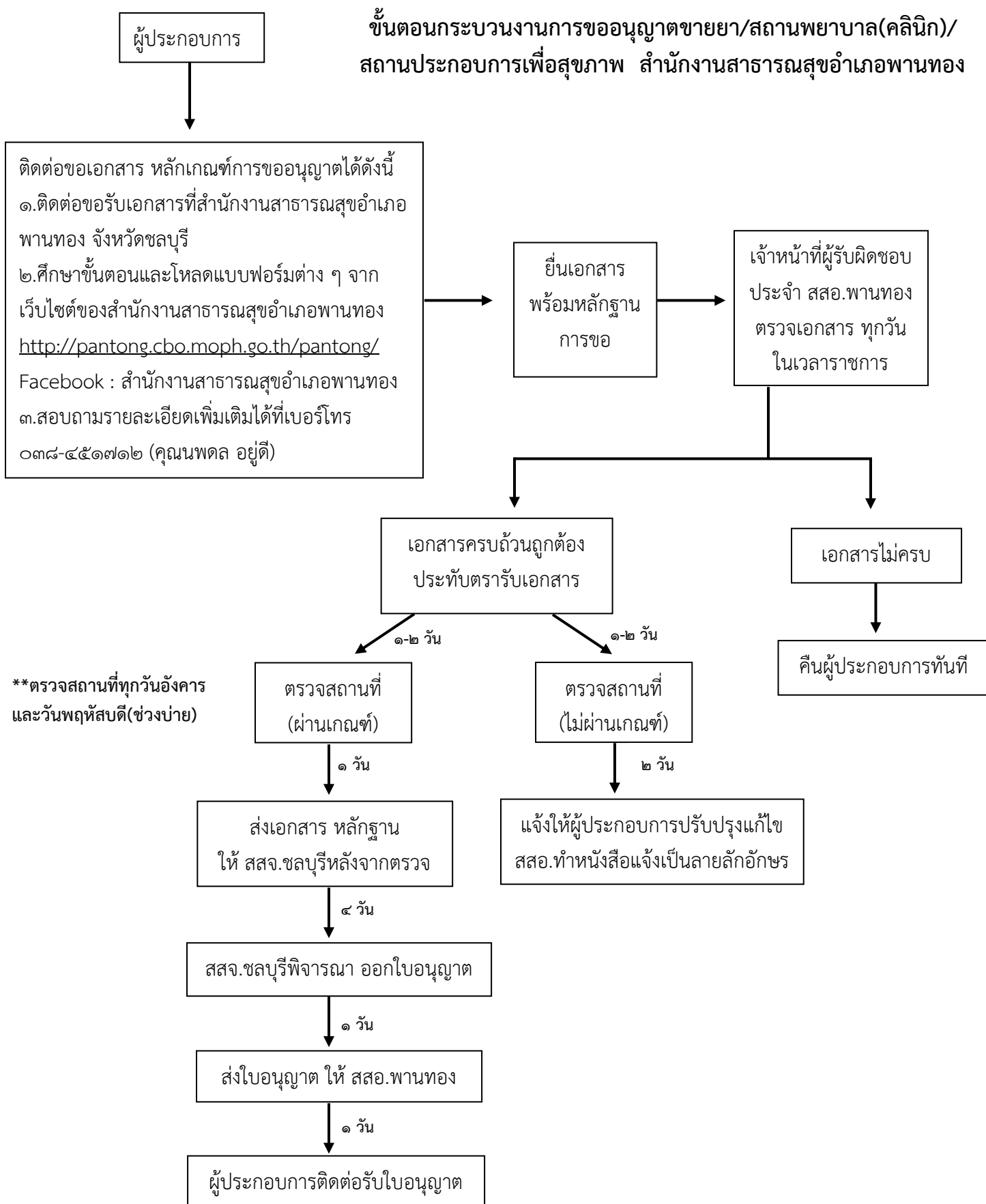
๑. ช่องทางการร้องเรียน กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี
(หมายเหตุ : เลขที่ ๑๘ หมู่ ๓ ตำบลพานทอง อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๖๐)
๒. ช่องทางการร้องเรียน โทร ๐๓๘-๔๕๑๐๓๘
๓. Facebook : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพานทอง

๑๗. แบบฟอร์มที่ใช้

- แบบคำร้องขอใบรับรองมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวย (ยื่นใหม่)

หมายเหตุ

๑. กรณีที่ผู้ประกอบการมาชำระค่าธรรมเนียม จะต้องมายื่นเอกสารในเวลาราชการ
๒. ระยะเวลาที่แจ้งไม่นับระยะเวลาพักคอย (เช่น ระบบสารสนเทศมีปัญหา/ผู้มีอำนาจลงนามติดราชการ/เจ้าหน้าที่ติดราชการ)
๓. เพื่อความสะดวกในการรับบริการ ผู้ประกอบการควรโทรศัพท์มาติดต่อเพื่อนัดหมายเจ้าหน้าที่ก่อนทุกครั้งที่จะเข้ามาติดต่อ





เลขที่รับ.....
วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้รับคำร้อง

แบบคำร้องขอใบรับรองมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวย (ยื่นใหม่)

เขียนที่

.....

.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

1. ประเภทการยื่น ☐ ยื่นใหม่

กรณีหากเคยได้ใบรับรองมาก่อน (โปรดระบุ) ใบรับรองเลขที่..... หมดอายุเมื่อ

2. ข้าราชการ

☐ 2.1 เป็นบุคคลธรรมดา ชื่อ

บัตรประจำตัวประชาชนหรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

สัญชาติ อายุ ปี

ที่อยู่ติดต่อได้ เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

☐ 2.2 เป็นนิติบุคคล ชื่อ.....

ประเภท จัดทะเบียนเมื่อ

เลขทะเบียน

มีสำนักงานตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

โดย

เป็นผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคลผู้ขออนุญาตบัตรประจำตัวประชาชนหรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว เลขที่

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

สัญชาติ..... อายุ ปี

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

3. ข้าพเจ้าขอยื่นคำร้องต่อกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ / ต่างจังหวัดยื่นต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อขอ
ใบรับรองมาตรฐานสถานประกอบการ ดังนี้

☐ สถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ

☐ สปาบริการเฉพาะ (Destination Spa)

☐ สปาในโรงแรม และรีสอร์ท (Hotel & Resort Spa)

☐ สปาสถานพยาบาล (Medical Spa)

☐ สปาทั่วไป (Day Spa)

☐ สปาสำหรับสมาชิก (Club Spa)

☐ สปาในแหล่งน้ำแร่ หรือน้ำพุร้อน (Mineral Spa)

โดยมีเมนูให้บริการ คือ

☐ นวดและบำรุงผิวหน้า

☐ นวดและบำรุงผิวกาย

☐ นวดตัว

☐ บำรุงมือและเท้า

☐ วารีบำบัด

☐ สมุนไพร

☐ อาหารเพื่อสุขภาพ

☐ การล้างพิษ

☐ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

☐ ลดน้ำหนักและกระชับสัดส่วน

☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

☐ สถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ

โดยมีเมนูให้บริการ คือ

☐ นวดตัว

☐ นวดฝ่าเท้า

☐ นวดน้ำมัน

☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

☐ สถานประกอบการนวดเพื่อเสริมสวย

โดยมีเมนูให้บริการ คือ

☐ นวดหน้า

☐ นวดตัว

☐ นวดน้ำมัน

☐ ชัดผิว

☐ กระชับสัดส่วน/ลดไขมัน

☐ นวดจัดสารพิษ

☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

โดยใช้ชื่อสถานประกอบการเป็นภาษาไทยว่า

ภาษาต่างประเทศ (ถ้ามี) ว่า

ที่ตั้งของสถานประกอบการที่ยื่นขอรับรองมาตรฐานตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

วัน/เวลาที่เปิดให้บริการ (โปรดระบุรายละเอียดวัน/เวลาทำการ)

4. บรรยายที่ตั้งของสถานประกอบการโดยภาพรวม (ตั้งอยู่ในย่านไหน) บริเวณข้างเคียงประกอบกิจการอะไร / ตั้งอยู่ติดกับ
ธุรกิจอะไร ติดด้านซ้าย / ด้านขวา)

5. กรณียื่นขอรับรองเป็นสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพ มีผู้ดำเนินการชื่อ..... สกุล.....

สัญชาติ อายุ ปี บัตรประจำตัวประชาชนหรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว

เลขที่ ออกให้ ณ อำเภอ/เขต จังหวัด

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

ผ่านการประเมินความรู้ความสามารถจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตามใบรับรอง เลขที่.....
ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

6. มีผู้ให้บริการซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ตามที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงสาธารณสุขจำนวน..... คน
ดังมีรายชื่อตามบัญชีแนบท้าย

7. ข้าพเจ้าได้จัดสถานประกอบการให้เป็นไปตามมาตรฐานที่หนดในประกาศกระทรวงสาธารณสุขคือ มาตรฐานสถานที่
ผู้ดำเนินการ ผู้ให้บริการ การบริการ และมาตรฐานด้านความปลอดภัยครบถ้วนทุกประการแล้ว

8. พร้อมคำร้องขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ เพื่อประกอบการพิจารณาด้วยแล้ว ดังนี้

- (1) แบบแปลนหรือ แผนผังการให้บริการในสถานประกอบการ จำนวน 1 ชุด
- (2) แผนที่แสดงบริเวณที่ตั้งสถานประกอบการ จำนวน 2 ฉบับ
- (3) กรณียื่นในนามนิติบุคคลให้แนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลพร้อมบัญชีผู้ถือหุ้น
วัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล ผู้ร้องขอ จำนวน 1 ฉบับ
- (4) หนังสือแสดงความยินยอมของเจ้าของอาคารหรือสถานที่ที่ตั้งสถานประกอบการ ในกรณีที่ผู้ร้องขอ
ใบรับรองมาตรฐานไม่ใช่เจ้าของอาคารหรือสถานที่ตั้งสถานประกอบการ
- (5) สำเนาใบรับรองความรู้ความสามารถของผู้ดำเนินการและใบวุฒิด้านการנדของผู้ให้บริการทุกคน
คนละ 1 ฉบับ
- (6) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ดำเนินการและผู้ให้บริการทุกคน คนละ 1 ฉบับ
- (7) สำเนาภาพถ่ายบัตรประจำตัวประชาชน หรือใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวของผู้ดำเนินการและผู้ให้บริการ
ทุกคน คนละ 1 ฉบับ
- (8) แบบแสดงความจำเป็นเป็นผู้ดำเนินการสปา ณ สถานประกอบการนั้น จำนวน 1 ฉบับ (กรณีขอใบรับรอง
มาตรฐานประเภทสปาเพื่อสุขภาพ)
- (9) ใบรับรองแพทย์ของผู้ประกอบการ/ผู้ดำเนินการ/ผู้ให้บริการทุกคน คนละ 1 ฉบับ
- (10) หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ – สกุล ทะเบียนสมรส เป็นต้น
- (11) ใบอนุญาตการใช้อาคารซึ่งออกโดยโยธาธิการเขต/จังหวัด (ถ้ามี)
- (12) ภาพถ่ายสถานประกอบการ (รายละเอียดตามแบบที่กำหนด)
- (13) สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535
ในกรณีที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดเป็นข้อบัญญัติ

ประทับตรา
นิติบุคคล

ลงชื่อ.....ผู้ขอใบรับรองมาตรฐาน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับคำร้อง
(.....)

วัน/เดือน/ปีที่ยื่นคำร้อง...../...../.....

รายการภาพถ่ายประกอบการยื่นแบบคำร้องขอใบรับรองมาตรฐานสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวย

กำหนดรายการละ 1-2 ภาพ ดังต่อไปนี้

1. อาคารภายนอกและที่มองเห็นป้ายชื่อสถานประกอบการ
2. ทางเข้าและบริเวณต้อนรับ
3. ห้องผลิตเปลี่ยนเสื้อผ้า ชาย-หญิง/ตู้เก็บเสื้อผ้าหรือทรัพย์สิน ของมีค่า
4. ห้องบริการทุกห้องตามรายการบริการ (แสดงรายละเอียดของอุปกรณ์บริการภายใน)
5. ห้องน้ำ-ห้องส้วม แยกส่วนชาย-หญิง
6. อ่างล้างมือ
7. ห้องหรือบริเวณเตรียมผลิตภัณฑ์สำหรับให้บริการ
8. ห้องอบไอน้ำ อบความร้อน อ่างนํ้าวน บ่อน้ำร้อน บ่อน้ำเย็น
9. ห้องเก็บวัสดุอุปกรณ์
10. บริเวณซักล้าง
11. บริเวณกำจัดขยะและน้ำเสีย
12. ห้องพักพนักงาน
13. อุปกรณ์ปฐมพยาบาล / ถังดับเพลิง
14. พนักงานผู้ให้บริการใส่เครื่องแบบปฏิบัติงานติดป้ายชื่อ